

**CONDITIONS**

- \* Une intervention de 50% dans le coût du ticket modérateur pour les prestations attestées dans le cadre du traitement orthodontique de première intention chez les enfants de moins de 9 ans et accordée par le médecin-conseil (codes 305933 et 305955 de l'article 5 de la nomenclature des soins de santé) ;
- \*\* Une intervention de maximum € 750,00, complémentaire à celle de l'assurance obligatoire prévue à l'article 5 de la nomenclature des soins de santé, est accordée pour un seul traitement orthodontique. Pour ce faire, le traitement orthodontique doit avoir été accordé par le médecin-conseil et le remboursement est payable comme suit :
  - ✓ €150,00 lors du placement de l'appareil (code 0305631);
  - ✓ €150,00 après 6 séances (codes 305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
  - ✓ €150,00 après 12 séances (codes 305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
  - ✓ €150,00 après 30 séances (codes 305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896);
  - ✓ €150,00 après 36 séances (codes 305616 ou 0305653 ou 305852 ou 305896).
- \*\*\* Une intervention unique de €150,00 est accordée pour les traitements orthodontiques effectués sans l'accord du médecin-conseil, à l'issue de 6 mois de traitement.

*Ⓞ Intervention octroyée uniquement sur base des statuts en vigueur au moment de la prestation.*

**A COMPLETER PAR L’AFFILIE(E) OU APPOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION**

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro national : * _____ - _____ - _____ * Rue et n° : _____ Code postal et commune : _____ N° de téléphone : _____ / _____ Adresse e-mail : _____ @ _____	OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI
--	----------------------------------

**INTERVENTION SOLLICITEE POUR**

- traitement de 1<sup>ère</sup> intention avant le 9<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant (avec accord du médecin-conseil) \*  
 début du traitement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (date de prestation)  
 fin du traitement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (date de prestation)
- traitement orthodontique classique (avec accord du médecin-conseil) \*\*  
(le remboursement sera octroyé à condition que les prestations reprises sur les attestations de soins de l'orthodontiste aient été remboursées en assurance obligatoire).  
 placement de l'appareil : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (date de prestation)  
 6 séances : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 12 séances : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 30 séances : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 36 séances : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_
- traitement orthodontique (sans accord du médecin-conseil) \*\*\*  
 Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, orthodontiste, déclare avoir effectué un traitement orthodontique d'une durée minimale de 6 mois pour le patient mentionné ci-dessus.  
 Montant payé : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €      Date début du traitement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Cachet et signature de l'orthodontiste : \_\_\_\_\_      Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet « **envoyer un formulaire** » de votre guichet en ligne « **MySymbio** ». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

